

AGENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DEL CONDADO DE TEHAMA  
**NOTIFICACIÓN DE PRACTICA DE PRIVACIDAD**

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MEDICA DE USTED PUEDE SER  
 USADA Y REVELADA Y COMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.  
**POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.**

	<b>PAGINA</b>
A. INTRODUCCIÓN (Incluye como ponerse en contacto con el Oficial de Privacidad) .....	2
B. COMO PODEMOS USAR Y REVELAR SU INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA (PHI) .....	3
1. Sin Su Autorización .....	3
Para Tratamiento .....	3
Para Pago .....	3
Para los Procedimientos del Cuidado de Salud .....	4
2. Otros Usos y Revelaciones que no Requieren Su Autorización (Esta Sección <b>NO</b> Aplica a Servicios de Drogas y Alcohol.) .....	4
Investigación .....	4
Requerido por La Ley .....	5
Para Prevenir una Seria Amenaza a la Salud o Seguridad .....	5
Compensación al Trabajador .....	5
Abuso, Negligencia o Violencia Domestica .....	5
Demandas y Disputas .....	5
Actividades de Salud Publica .....	5
Vigilancia de Actividades de Salud .....	6
Esfuerzo de Leyes .....	6
Relacionado con Difuntos .....	6
Funciones Gubernamentales Especializadas .....	7
3. Otros Usos y Revelaciones que no Requieren Su Autorización (Esta sección <b>SOLO</b> aplica a los Servicios de Drogas y Alcohol) .....	7
Requerido por la Ley .....	7
Relacionado con Difuntos .....	7
Para Propósitos de Investigación, Intervención o Evaluación .....	7
Para Prevenir una Seria Amenaza a la Salud o Seguridad .....	7
4. Usos y Revelaciones que le da la Oportunidad de Objetar .....	8
Directorios al Paciente .....	8
Familias, Amistades o Otros Involucrados en su Cuidado .....	8
C. OTROS USOS Y REVELACIONES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) .....	8
D. SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD .....	9
1. Derecho de Inspeccionar y Obtener Copias .....	9
2. Derecho de Solicitar una Corrección .....	9
3. Derecho de una Contabilidad de Revelaciones .....	9
4. Derecho de Solicitar Restricciones .....	10
5. Derecho de Comunicación Confidencial .....	10
6. Derecho de Revocar su Autorización .....	10
7. Derecho de Obtener Una Copia de Esta Notificación .....	11
E. COMO QUEJARSE ENCUANTO A NUESTRAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD .....	11

## A. INTRODUCCIÓN

Su información del cuidado de salud es personal, y nosotros en la Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama estamos comprometidos a protegerla. Su información del cuidado de salud también es muy importante para nuestra habilidad de proveerle con un cuidado de calidad y obedecer con ciertas leyes. Esta Notificación describe las practicas de privacidad que nosotros, todos nuestros empleados y otro personal, estamos requeridos a seguir para proteger su información del cuidado de salud. Esto es requerido por la Regulación de Privacidad bajo la Portabilidad de Seguro o Asegurancia de Salud y el Acto Responsable (HIPAA) de 1996.

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta Notificación, puede ponerse en contacto ya sea con la persona encargada de su tratamiento del cuidado de salud o:

**Oficial de Privacidad  
Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama  
P.O. Box 400  
Red Bluff, CA 96080  
(530) 527-8491 x3046**

Esta Notificación describe las practicas de privacidad de todas las divisiones y programas de la Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama (TCHSA). Esto incluye programas dentro de las siguientes divisiones: Administrativa y Servicios de Fiscal/Data, Servicios de la Clínica, Servicios de Drogas y Alcohol, Servicios de Salud Mental, Servicios de Salud Publica, Facilidad de Hogar de Ancianos. La mayoría de estas practicas de privacidad aplican a todas las divisiones de TCHSA. No obstante, puede haber un caso donde las leyes o regulaciones determinadas en una división especifica requiera que las practicas de privacidad sean diferentes a las practicas de privacidad de la Agencia entera. Cuando esto sucede las excepciones serán anotadas claramente en una caja de texto o en cursiva siguiendo la descripción de la practica de privacidad de la Agencia.

Estamos requeridos a extender ciertas protecciones a su información del cuidado de salud y a darle esta Notificación acerca de nuestras practicas de privacidad que **explican como, cuando, y por que podemos usar o revelar su información de salud protegida.**

“Información de Salud Protegida” (PHI) es información acerca de usted (incluye información de datos demográficos que puedan identificarlo) que se relaciona con su pasado, presente, o futura condición física o condición de salud mental, y servicios relacionados con el cuidado de salud. Debemos revelar solo lo mínimo de PHI necesaria para lograr el propósito proyectado del uso, excepto en circunstancias especificas.

Se nos requiere seguir las practicas de privacidad descritas en esta Notificación. Reservamos el derecho de cambiar nuestras practicas de privacidad y los términos de esta Notificación a cualquier hora, y aplicar esos cambios a nuestras normas y procedimientos con respecto a su PHI. Tiene el derecho de ser notificado de cualquier cambio que se le haga a esta Notificación y recibir una copia de dichos cambios por escrito. Si hacemos cambios, puede solicitar una copia de la nueva Notificación de cualquier oficina de TCHSA. Una copia de la Notificación actual está puesta en la área de recepción de todos los sitios de TCHSA. Una copia de la Notificación también esta puesta en nuestra red de Internet:

[www.tchp.org/members/TCHA/phweb/tchahomepage.htm](http://www.tchp.org/members/TCHA/phweb/tchahomepage.htm)

**Legalmente Se Nos Requiere:** Mantener su PHI confidencial, darle esta Notificación de nuestros deberes legales y practicas de privacidad con respecto a su PHI, y obedecer con esta Notificación.

## **B. COMO PODEMOS USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Usamos y Revelamos PHI por varias razones. Tenemos el derecho limitado para usar y/o revelar su PHI para propósitos de tratamiento, pago, o nuestras operaciones del cuidado de salud. Para usos mas aya de eso, debemos tener su autorización por escrito al menos que la ley nos permita o requiera hacer el uso o Revelación sin su autorización. Si revelamos su PHI a un ser fuera de nuestra entidad a fin de que ese ser cumpla una función en nuestro nombre, debemos tener en lugar una concordancia con el ser de afuera que extienda el mismo grado de protección de privacidad de su información que nosotros podamos aplicar a su PHI. No obstante, la ley nos provee permiso hacer algunos usos sin su consentimiento o autorización. Lo siguiente ofrece más información y algunos ejemplos potenciales de usos de su PHI.

### **1. Como Podemos Usar y Revelar Su Información de Salud Protegida (PHI) Sin Su Autorización**

**Para Tratamiento:** Podemos usar y revelar su PHI para proveer, coordinar o administrar su cuidado de salud y cualquier otros servicios relacionados. Podemos revelar información suya a doctores, enfermeras, técnicos, consejeros de Drogas y Alcohol, terapeutas, medico residente, voluntarios, o otro personal de TCHSA quien este envuelto en su cuidado o manejo de caso. Además, podemos revelar su PHI a proveedores fuera de nuestra Agencia (tales como a laboratorios o un especialista) quien puede estar envuelto en su tratamiento.

Excepciones para Servicios de Drogas y Alcohol: Revelación de información a otros proveedores requiere que un consentimiento de información confidencial sea completado para cada proveedor.
--

Podemos usar o revelar su PHI para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para tratamiento o servicios, o para cancelar o volver hacer una cita para tratamiento o servicios. Tiene el derecho de decirnos como le gustaría recibir los recordatorios de las citas. (Se le suministrara una forma para este propósito.)

Podemos usar y revelar su PHI para recomendarle de una posible opción de tratamiento o una alternativa que le sea de interés. Adicionalmente, podemos usar o revelar su PHI para decirle en cuanto a beneficios relacionados con la salud o servicios que le sean de interés (por ejemplo, elegibilidad para Medí-Cal o beneficios de Seguro Social.) Tiene el derecho de negar esta información.

**Para Pago:** Podemos usar o revelar su PHI a fin de cobrar o coleccionar pago por los servicios del cuidado de salud. Por ejemplo, hay posibilidad que necesitemos comunicarnos con su plan del cuidado de salud (incluyendo Medí-Cal) para determinar elegibilidad, la cobertura del tratamiento recomendado, y el requerimiento del

reembolso. Revelaremos lo mínimo necesario para lograr este propósito y no revelaremos por entero el contenido de su archivo al menos que sea requerido.

**Para los Procedimientos del Cuidado de Salud:** Podemos usar o revelar su PHI en el transcurso del procedimiento de nuestros programas de cuidado de salud y para satisfacer ciertas regulaciones estatales y federales. Estos usos y revelaciones son necesarios para que la agencia este en servicio y para asegurar que todos nuestros clientes reciban un cuidado de calidad. Por ejemplo, podemos usar su PHI para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar la representación de nuestros empleados en el cuidado hacia usted. Podemos también combinar información del cuidado de salud acerca de varios clientes de la agencia para decidir que servicios adicionales deberían ofrecer la agencia, que servicios no son necesarios, y si nuevos tratamientos son efectivos. También podemos revelar información a doctores, enfermeras, terapeutas, medico residente, y otro personal de la agencia para revisar y para propósitos de aprendizaje, excepto para Servicios de Drogas y Alcohol.

También podemos combinar la información del cuidado de salud que tengamos con la información del cuidado de salud de otras agencias para comparar nuestra obra y mirar donde podemos mejorar en el cuidado y servicios ofrecidos. Podemos remover información que le identifique con esta clase de información del cuidado de salud a fin de que otros puedan usarla para estudios del cuidado de salud y el cuidado de salud entregado sin saber específicamente quienes son los clientes. Podemos revelar su PHI a nuestros contadores, o abogados para propósitos de intervención. Revelación de su PHI a agencias estatales y/o federales tal vez sea necesaria para determinar su elegibilidad para servicios fundados públicamente.

## 2. **Otros Usos y Revelaciones de Información de Salud Protegida (PHI) Que No Requieren Su Autorización**

<p><b>Nota:</b> Esta sección <b>NO</b> aplica a Servicios de Drogas y Alcohol. Vea la sección siguiente- Sección 3- para usos y revelaciones de PHI de Servicios de Drogas y Alcohol que no requiere consentimiento o autorización.</p>
---

**Investigación:** Podemos usar información de salud para propósitos de investigación bajo ciertas circunstancias. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede incluir la comparación de salud y recuperación de clientes quienes recibieron un tratamiento a aquellos quienes recibieron otro tratamiento para la misma condición. No obstante, todos los proyectos de investigaciones están sujetos a un proceso especial de aprobación. Este proceso evaluará el proyecto que propone la investigación y es usado para información del cuidado de salud. Antes que usemos o revelemos información del cuidado de salud para investigación, el proyecto será aprobado a través del proceso de aprobación de investigación. No obstante, podemos revelar su información del cuidado de salud a personas preparándose para conducir un proyecto de información (por ejemplo, para ayudarles a buscar a clientes con necesidades médicas/de salud específicas) siempre y cuando la información revisada del cuidado de salud no salga de la agencia.

**Requerido por La Ley:** Revelaremos su PHI cuando se nos requiera por la ley federal o estatal. Por ejemplo, debemos revelar PHI a autoridades que vigilan en conformidad con la portabilidad de seguridad de salud y acto de contabilidad (HIPAA) requerimiento de privacidad.

**Para Prevenir una Seria Amenaza a la Salud o Seguridad:** A fin de evitar una seria amenaza a la salud o seguridad, podemos revelar PHI como sea necesario a la ley o a otras personas quienes pueden prevenir razonablemente o desminuir la amenaza o daños.

**Compensación al Trabajador:** Podemos revelar su PHI para compensación al trabajador o programas similares. Estos programas proveen beneficios debido a daños o enfermedades relacionados con el trabajo.

**Abuso, Negligencia o Violencia Domestica:** Podemos revelar su PHI al notificar a las autoridades gubernamentales apropiadas si creemos que es victima de abuso, negligencia o violencia domestica. Solo revelaremos esto si Ud. esta de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley.

**Demandas y Disputas:** Si esta involucrado en una demanda o disputa, podemos revelar su PHI en respuesta a una orden de corte o orden administrativa. Además revelaremos su PHI en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento, o otro procedimiento legal por alguien quien este involucrado en una disputa.

**Excepción para Servicios de Salud Mental:** En general, información en el archivo de Salud Mental no será liberada al menos que usted o otra persona con capacidad legal haya dado consentimiento para liberar la información o al menos que haiga una orden de corte para la liberación de la información o a menos que haiga una ley especifica que requiere la liberación de dicha información. Información dada en confidencia por medio de un familiar del paciente a un doctor, psicólogo licenciado, trabajador social con maestría en trabajo social , terapeuta con licencia en matrimonio y familia, enfermera, o abogado generalmente no se liberara aunque tengamos consentimiento del cliente.

**Actividades de Salud Publica:** Podemos revelar su PHI para actividades de salud publica. Estas actividades por general incluyen los siguientes:

- Prevenir o controlar enfermedades, daños o deshabilites.
- Reportar nacimientos y muertes
- Reportar el abuso o negligencia de niños, ancianos y adultos dependientes
- Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos
- Avisar a personas de productos retirados del mercado que puedan estar usando
- Avisar a personas quienes han estado expuestas a enfermedades o que puedan estar a riesgo de contraer o esparcir una enfermedad o condición.

**Vigilancia de Actividades de Salud:** Podemos revelar su PHI a agencias de salud federales o estatales que vigilan actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de vigilancia son necesarias para que el gobierno vigile el sistema del cuidado de

salud, programas gubernamentales, y que estemos en conformidad con las leyes del derecho civil.

**Esfuerzo de Leyes:** Si oficiales de la ley nos piden revelar su PHI, lo haremos en las siguientes circunstancias:

- En respuesta a una orden de corte, citación, orden judicial, cita, o procedimientos similares;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material, o persona desaparecida;
- Acerca de la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, se nos es incapaz obtener el consentimiento de la persona;
- Acerca de una muerte que creamos que puede ser el resultado de una conducta criminal;
- Acerca de una conducta criminal en cualquiera de nuestras facilidades; o
- En circunstancias de urgencias para reportar un crimen; el lugar del crimen, las víctima(s); o la identidad, descripción o lugar de la persona quien cometió el crimen.

**Excepciones para servicios de salud mental:** En general, la información de archivos de salud mental no podrá ser revelada a menos que usted o otra persona con capacidad legal haya dado consentimiento para revelar o al menos que haiga una orden de la corte para revelar la información o al menos que se requiera la revelación de la información por una ley específica. Información de salud mental solo puede ser revelada a autoridades de la ley:

- Para la protección de oficiales federales y oficiales electivos constitucionales del estado y sus familias (aplica la liberación de información a las autoridades gubernamentales de la ley);
- Cuando el paciente, en la opinión del psico-terapeuta de el/ella, presente en serio peligro de violencia a una víctima(s) razonablemente previsible; o
- Cuando un oficial de la ley presente una orden de arresto a un hospital estatal, un hospital general de cuidado grave, hospital psiquiátrico grave, facilidad de salud psiquiátrico, un centro de rehabilitación de salud mental, o facilidad de hogar de ancianos, el oficial de la ley podrá ser informado si el individuo nombrado en la orden arresto esta actualmente recluido en la facilidad. En este caso, el oficial no podrá entrar a la facilidad a arrestar al individuo nombrado en la orden judicial.

**Relacionado con Difuntos:** Podemos revelar PHI a un pesquisidor (que investiga la causa de un fallecimiento) o examinador medico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a la persona difunta o determinar la causa de muerte. Podemos liberar PHI con respecto a clientes a los directores funerales como sea necesario para llevar acabo sus deberes. Además, podemos liberar PHI a organizaciones de obtención de órganos relacionados con órganos de ojos, o donaciones del tejido o transplantes.

**Excepciones para Servicios de Salud Mental:** En general, la información de archivos de salud mental no podrá ser revelada al menos que usted o otra persona con capacidad legal haya dado consentimiento a la revelación o al menos que sea una

orden de la corte para revelar la información o al menos que se requiera revelar la información por una ley específica. Información de salud mental generalmente no podrá ser revelada al, pesquisador o examinador medico, abogado, miembro de la familia o otras personas excepto por la base de orden de corte o consentimiento firmado por el testamento del difunto.

**Funciones Gubernamentales Especializadas:** En el curso de la Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia, podemos revelar su PHI a oficiales federales autorizados para inteligencia y otras actividades de Seguridad Nacional autorizadas por la ley. Por ejemplo, podemos revelar su PHI a oficiales federales autorizados a fin de que puedan proveer protección al Presidente de los Estados Unidos o las cabezas del estado del extranjero, o conducir investigaciones especiales autorizadas por la ley.

Además, podemos revelar su PHI a oficiales del departamento del estado quienes revisan antecedentes para la seguridad de compensación o servicios en el extranjero.

Si es un preso de una institución correccional, pierde el derecho descrito en esta Notificación. Además, si es un preso o esta en custodia legal de oficiales de la ley podemos revelar su PHI al oficial de la ley.

### 3. **Otros Usos de Información de Salud Protegida (PHI) de Servicios de Drogas y Alcohol que no requieren su consentimiento autorizado**

Esta sección **SOLO** aplica a los Servicios de Drogas y Alcohol.

**Requerido por Ley:** Podemos revelar PHI cuando la ley requiera que reportemos información acerca de sospecho de abuso o negligencia de niños, o cuando se ha cometido un crimen en el local del programa o en contra del personal del programa, o en respuesta a una orden judicial.

**Relacionado con Difuntos:** Podemos revelar PHI en relación con la muerte de un individuo, si la ley del estado o federal requiere la información para colecta o estadísticas vitales o investigación de la causa de muerte.

**Para Propósitos de Investigación, Intervención, o Evaluación:** En ciertas circunstancias, podemos revelar PHI para propósitos de investigación, intervención, o evaluación. Es prohibido volver a la PHI.

**Para Prevenir una Seria Amenaza a la Salud o Seguridad:** A fin de evitar una seria amenaza a la salud o seguridad, podemos revelar PHI a agencias de la ley cuando una amenaza sea echa para cometer un crimen en el local del programa o en contra del programa.

#### 4. Usos de Información de Salud Protegida (PHI) Que le da la Oportunidad de Objetar

**Excepción para servicios de Drogas y Alcohol:** La ley federal prohíbe a Servicios de Drogas y Alcohol de usar o revelar cualquiera de los artículos listados antedicho.

En la situación siguiente, podemos revelar una cantidad limitada de su PHI si le informamos acerca de lo revelado por antemano y si usted no hace objeción, siempre y cuando la ley no lo prohíba.

**Directorios de Paciente:** Su nombre, lugar, y condición general pueden ser puestos en su directorio de paciente para revelación a llamadas o visitantes quien pueden preguntar por usted por nombre. Adicionalmente, su afiliación religiosa puede ser compartida con clero.

**Familiares, Amistades o Otros Involucrados en su Cuidado:** Podemos compartir con estas personas información directamente relacionado en su cuidado, o pago por su cuidado. Además podemos compartir PHI con estas personas para notificarles acerca de su lugar de encuentro, condición general, o muerte.

Su objeción debe ser por escrito. (Se le suministrara una forma para este propósito.) No aceptaremos la objeción en circunstancias donde al hacerlo lo pondrá a Ud. o a alguien mas en peligro, como es determinado por su medico.

En el acontecimiento de un desastre podemos revelar su PHI a agencias de ayuda de desastres tal como la Cruz Roja, para que su familia sea notificada acerca de su condición, estado y localidad.

#### C. Otros Usos y Revelaciones de su Información de Salud Protegida (PHI)

Otras leyes protegiendo información de salud requieren su autorización por escrito para revelar tratamiento de salud mental, tratamiento de abuso de drogas y alcohol, examen o tratamiento del VIH/SIDA.

**Otros usos y revelaciones de su PHI que no están abarcados por esta notificación o las leyes que aplican a programas de TCHSA serán echas solo con su autorización por escrito.** Si nos provee autorización para usar su PHI. Podrá revocar esta autorización por escrito, en cualquier hora. Si revoca su autorización, no podremos mas usar su PHI por las razones abarcadas por esta autorización, excepto que se nos es incapaz de retroceder lo divulgado hecho cuando la autorización estuvo en efecto.

La forma de autorización esta disponible con su medico. Debe ser llenada apropiadamente, fechada y firmada por usted o su representante autorizado.

En todo caso donde TCHSA revele su PHI, usaremos solo lo mínimo necesario para lograr el propósito proyectado.

## **D. Sus Derechos de Privacidad de su Información de Salud Protegida (PHI)**

### **1. Derecho a Inspeccionar y Obtener Copias**

Con ciertas excepciones, tiene el derecho de inspeccionar y obtener copias de su PHI de nuestros archivos. Para inspeccionar y obtener copias de su PHI, debe someter una solicitud por escrito a su manejador de caso o a personas en cargo de su tratamiento. Si solicita una copia de su PHI, podremos cobrar una cuota (en la cantidad que este dentro del limite estipulado por la ley) por el costo de copias, envíos, o otras provisiones asociadas con su solicitud. No le cobraremos una cuota por inspeccionar su archivo sin obtener copias.

**Excepción para la facilidad de hogar de ancianos:** Solicitar inspeccionar PHI puede ser verbal o por escrito.

Podemos negar su solicitud para inspeccionar y obtener copias parciales de su PHI. Si se le es negado el derecho de inspeccionar y obtener copias de su PHI por entero en nuestros archivos, puede apelar esta decisión y solicitar que otro profesional acreditado del cuidado de salud, designado por la Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama, quien no este involucrado en su tratamiento, revise la negación.

Se le suministrara una forma para esta solicitud.

### **2. Derecho a Solicitar una Corrección**

Si le parece que su PHI en nuestro registro es incorrecto o incompleto, puede pedirnos que sea corregida la información. Tiene el derecho de solicitar una corrección mientras mantengamos la información. Para solicitar una corrección, debe someter una solicitud por escrito a su manejador de caso o a la persona en cargo de su tratamiento. Además, debe decirnos la razón por la corrección, y donde el servicio en el cual TCHSA quiere que su solicitud sea aplicable. Su solicitud será parte de su registro.

Podemos negar su solicitud si pide que sea corregida la información que no fue creada por nosotros, sea parte de la información que no le fue permitida a inspeccionar y copiar, o considerada exacta y verdadera.

Se le suministrara una forma para esta solicitud.

### **3. Derecho a una Contabilidad de Revelaciones**

Con la excepción de ciertas revelaciones incluyendo aquellos para tratamiento, pago, y operaciones del cuidado de salud y aquellos autorizados por usted, tiene el derecho a solicitar una lista de las revelaciones que hemos echo de su PHI. Para solicitar esta lista, debe someter su solicitud por escrito a su manejador de caso o a la persona en cargo de su tratamiento.

Su solicitud debe declarar un periodo de tiempo, cual no podrá ser mas de seis años y no podrá incluir fechas antes del 14 de abril del 2003. La primera lista que solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratis, por lista adicionales, podremos cobrarle por el costo de proveerle la lista. Le notificamos del costo involucrado y podrá escoger el retraerse o cambiar su solicitud en ese momento antes de que cualesquiera costos sean incurridos.

Se le suministrara una forma para esta solicitud.

#### **4. Derecho de Solicitar Restricciones**

Tiene el derecho de solicitar que sigamos adicionalmente, restricciones especiales cuando usemos su PHI. No estamos requeridos a estar de acuerdo con su solicitud. Si estamos de acuerdo, accederemos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proveerle con tratamiento de emergencia como es determinado por su doctor. Para solicitar restricciones debe hacer su solicitud por escrito a su manejador de caso o la persona encargada de su tratamiento. En su solicitud debe decirnos que información quiere limitar, el tipo de limitación, a quien quiere que la limitación aplique. Un ejemplo de dicha limitación puede ser poner una limitación en la información que podremos darle a su esposo(a).

Se le suministrara una forma para esta solicitud.

#### **5. Derecho de Solicitar Comunicación Confidencial**

Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de citas o otra materia relacionada con su tratamiento en una manera especifica o en un lugar especifico. Por ejemplo, puede pedir que solo podamos ponernos en contacto con usted en su trabajo o por correo en una caja en la oficina postal. Para solicitar comunicación confidencial debe hacer su solicitud por escrito a su manejador de caso o la persona encargada de su tratamiento. Su solicitud debe especificar como o donde usted desee que se le comunique. Le complaceremos su solicitud razonable.

Se le suministrara una forma para esta solicitud.

#### **6. Derecho a Revocar su Autorización**

Generalmente tiene el derecho de revocar una autorización. Si revoca una autorización, detendrá en el futuro los usos y divulgaciones, (**excepto al grado que ya hemos emprendido la acción en confianza en su autorización.**) En algunos casos, individuos pasando por el sistema judicial criminal no podrán cancelar una autorización hasta que termine su supervisión correccional o un evento similar.

## **7. Derecho de Obtener Una Copia de Esta Notificación**

Puede pedir una copia de esta notificación a cualquier hora. Aun cuando este de acuerdo a recibir esta notificación electrónicamente, tiene el derecho a recibir una copia en papel de esta notificación. Para obtener una copia de esta notificación, pregunte a cualquier persona del personal. Una copia de la actual notificación esta puesta en nuestro **sitio de web**:

[www.tchp.org/members/TCHA/phweb/tchahomepage.html](http://www.tchp.org/members/TCHA/phweb/tchahomepage.html)

## **E. Como Quejarse Encuanto a Nuestras Practicas de Privacidad**

Tiene el derecho de presentar una queja si cree que la Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama no ha obedecido las practicas resumidas en esta notificación. Todas las quejas deberán ser sometidas por escrito. No será penalizado de cualquier forma alguna por someter una queja.

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede someter una queja con la Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama (TCHSA) o con el gobierno federal. Para someter una queja con TCHSA, comuníquese con cualquier Director de la división de TCHSA, el defensor del paciente de salud mental (si aplica), o el Oficial de Privacidad de TCHSA:

Oficial de Privacidad  
Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama  
P.O. Box 400  
Red Bluff, CA 96080  
(530) 527-8491 x3046

También puede someter una queja por escrito a:

Secretaría de U.S. Departamento de Salud y Servicios Humanos  
Oficina de Derechos Civiles  
50 United Nation Plaza, Room 322  
San Francisco, CA 94102  
(800) 368-1019

No tomaremos ninguna acción vengativa en contra suya si somete una queja con la secretaria o con nosotros.

**FECHA EFECTIVA DE ESTA NOTIFICACIÓN:** 14 de abril, del 2003

**AGENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DEL CONDADO DE TEHAMA  
RECONOCIMIENTO DE RECIBIMIENTO (de que recibió este documento)**

Al firmar esta forma, reconozco que recibí esta Notificación de prácticas de privacidad de la Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama (TCHSA). Nuestra Notificación de prácticas de privacidad provee información acerca de cómo podemos usar y revelar su información de salud protegida. Le encomiamos que lo lea en su totalidad.

Nuestra Notificación de prácticas de privacidad está sujeta a cambios. Si cambiamos nuestra Notificación, podrá obtener una copia de la Notificación corregida por medio de preguntar a cualquier persona del personal involucrado en su cuidado. Una copia de la Notificación actual de prácticas de privacidad está puesta en el área de recepción en todos los sitios de TCHSA. Una copia de la actual Notificación también está puesta en nuestra red de Internet:

[www.tchp.org/members/TCHA/phweb/tchahomepage.htm](http://www.tchp.org/members/TCHA/phweb/tchahomepage.htm)

Si tiene cualquier pregunta acerca de nuestra Notificación de prácticas de privacidad, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad puesto en la lista de la primera página de esta Notificación.

Yo reconozco haber recibido esta Notificación de prácticas de privacidad de la Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama.

Nombre del Paciente o Cliente <b>(Favor de Imprimir)</b>	Fecha De Nacimiento
Firma del Paciente o Cliente	Fecha
Nombre del Personal Representativo <b>(Favor de Imprimir)</b>	
Firma del Personal Representativo	Fecha

**Incapacidad de Obtener Reconocimiento**

Debe completarse solo si no se obtiene la firma. Si no es posible de obtener el reconocimiento del cliente/paciente o personal representativo, describa en buena fe el esfuerzo hecho para obtener el reconocimiento y la razón por la cual el reconocimiento no fue obtenido: (Use la parte de atrás de esta página si necesita más espacio.)

Nombre del Miembro del Personal <b>(Favor de imprimir)</b>	Titulo del Miembro del Personal <b>(Favor de imprimir)</b>
Firma del Miembro del Personal	Fecha